



Departamento de Salud Pública de Illinois
División del Registro Civil

**DECLARACIÓN DE LA MADRE DE GESTACIÓN
EN CASOS DE FAMILIA SUSTITUTA**

Nombre de la Madre de gestación _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

Nombre del esposo/pareja de unión civil de la Madre de gestación _____

Ninguno (marque) _____ o indique el Nombre _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

Nombre de la Madre/progenitor intencionado _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

Nombre del Padre/progenitor intencionado _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

La presente declaración se completa y presenta para ser registrada antes del nacimiento de un niño que está siendo gestado por la madre de gestación, a fin de establecer una relación de progenitor e hijo de acuerdo a la Sección 12 de Vital Records Act (Ley del Registro Civil) (410 ILCS 535/12), la Sección 6 de Illinois Parentage Act of 1984 (Ley de la Paternidad de Illinois) (750 ILCS 45/6) y Gestational Surrogacy Act (Ley sobre Familias Sustitutas) (750 ILCS 47). Los nombres de la madre/progenitor intencionado y del padre/progenitor intencionado deben inscribirse en el acta de nacimiento del niño. Los nombres de la madre de gestación y del esposo/pareja de unión civil de la misma (si es que lo tiene) no deben inscribirse en el acta de nacimiento. Yo afirmo que no soy la madre biológica del niño que gesto. También declaro que estoy gestando el niño a favor de los padres intencionados.

Fecha _____, _____
(Indique el mes, el día y el año) Firma de la madre de gestación

Dirección _____
(Calle, ciudad, estado, código postal)

Dos testigos deben atestiguar la firma de la madre/progenitor intencionado que completa esta declaración sobre la relación entre los padres intencionados y la madre sustituta, y deben hacer la siguiente declaración: **Yo soy un adulto competente y no soy ni la madre de gestación, ni el esposo/pareja de unión civil de la misma (si es que lo tiene), ni la madre/progenitor intencionado, ni el padre/progenitor intencionado.**

_____ Firma de testigo	_____ Firma de testigo
_____ Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta	_____ Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta
Fecha _____ (Indique el mes, el día y el año)	Fecha _____ (Indique el mes, el día y el año)

Antes del nacimiento del niño, el presente formulario debe colocarse en el expediente médico de la madre de gestación y copias del mismo deben archivararse con el Departamento de Salud Pública de Illinois en 925 East Ridgely Ave., Springfield, IL 62702-2737.

No se cobra NINGÚN ARANCEL por presentar declaraciones de familias sustitutas.